

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ И ОТЯГОЩЕННЫМ КОМОРБИДНЫМ ФОНОМ

*Ржеусская М.Г.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Распространенность хронических заболеваний вен (ХЗВ) в мире достигает 83,6% [1], при этом частота встречаемости активных трофических язв(ТЯ) в общей популяции, по данным В.К. Lal, достигает 0,3-2% [2], а у людей старше 80 лет – 4-5% [3]. По результатам исследования А. Körberetal. варикозная болезнь признана первопричиной развития хронических трофических язв в 47,6% случаев [4]. Фактором отягощения состояния пациентов с ТЯ является коморбидный фон (сочетание с облитерирующим атеросклерозом, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, сахарным диабетом, ожирением, онкологическими заболеваниями и др.) [4, 5], который усугубляет течение заболевания или является противопоказанием к проведению полноценного лечения ТЯ, как оперативно, так и консервативно [5]. Во внимание следует принимать также образ жизни пациентов, комплаентность и финансовую обеспеченность пациентов, особенно одиноких и людей старшей возрастной категории [6].

В связи с этим, пациенты со смешанными ТЯ, отягощенным коморбидным фоном, часто обречены на длительные безуспешные попытки избавиться от заболевания, прибегая к различным вариантам консервативной и нетрадиционной терапии, но не имея возможности получить полноценную хирургическую помощь.

**Цель.** Продемонстрировать возможности оказания хирургической помощи пациентам, страдающим венозными трофическими язвами и имеющим отягощенный коморбидный фон, в условиях специализированного центра по средствам индивидуализации подходов лечения.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезней всех пациентов с ТЯ нижних конечностей (С6 по СЕАР) на фоне хронических заболеваний вен (ХЗВ), проходивших лечение на базе УЗ «ВОКСЦ» в течение 5 лет. Всего – 534 пациента, из которых 233 (43,6%) страдали ТЯ на фоне варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК), 158 (29,6%) – при посттромбофлебитическом синдроме (ПТФС), у 120 (22,5%) было диагностировано одновременное поражение артериального и венозного русла, у 23 (4,3%) – сочетание ХЗВ и других причин. У 369 (69,1%) из них имелась документально подтвержденная сопутствующая патология: у 332 (62,2%) пациентов было диагностировано то или иное заболевание ССС (АГ, ИБС, ДАЭ), у 37 (6,9%) – другие. Дальнейшему анализу были подвергнуты лишь пациенты, имеющие смешанную этиологию трофических язв (венозно-артериальную) и отягощающую сопутствующую патологию. Исследуемую группу составили 112 пациентов. Средний возраст –  $63,5 \pm 11,3$  лет. Женщин было – 59 (52,7%), мужчин – 53 (47,3%).

**Результаты и обсуждение.** Только консервативное лечение (традиционная вазоактивная терапия в сочетании с лечением сопутствующей патологии и применением местной терапии) получили 64 (57,1%) пациента, 4 (3,6%) дополнительно была проведена склеротерапия варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей в зоне трофических изменений, один (0,9%) пациент перенес ампутацию конечности на уровне верхней трети бедра из-за неэффективности проводимого консервативного лечения и стремительного усугубления общего состояния. У оставшихся 43 (38,4%) пациентов были проведены различные корригирующие варианты оперативных вмешательств.

Наиболее часто выполненным радикальным вмешательством, была флебэктомия БПВ и/или МПВ: 9 (20,9%) пациентам с ТЯ на фоне ВБНК в сочетании с

облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей (ОАНК) у 5 (11,6%) и диабетической ангиопатией нижних конечностей (ДАНК) у 4 (9,3%). У 8 из них имелась сопутствующая артериальная гипертензия (АГ), у 4 – сахарный диабет (СД), у 1 – ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 4 – другие хронические заболевания. Флебэктомия выполнялась у пациентов с умеренной обструкцией магистральных артерий (30-45%), ХАН не более II-III ст по Фонтейн-Покровскому, компенсированными сопутствующими заболеваниями и ТЯ небольших размеров (не более 10см<sup>2</sup>). Рекомендованный многими авторами малоинвазивный вариант радикального лечения ВБНК – ЭВЛК, был проведен лишь в одном случае (у пациентки с ВБНК+ОАНК ХАН I+компенсированные АГ, ИБС и ХОБЛ), что обусловлено экономической составляющей. В ситуациях, когда размеры ТЯ превышали 10см<sup>2</sup> и/или ТЯ не имела тенденции к заживлению в связи с выраженными нарушениями трофики окружающих тканей, в дополнение к флебэктомии выполнялась Shave-therapус аутодермопластикой (5 – 11,6%): 4 – при ВБНК, 1 – при ПТФС. У 2 из 5 пациентов имелся ОАНК ХАН I, у 3 – ДАНК. Сопутствующая патология в данной группе была представлена: АГ – 5, ИБС – 1, СД – 3, другие – 2. Из наиболее часто проведенных паллиативных вмешательств преобладал лазерный дебридмент (ЛД) ТЯ (14 – 32,6%). Данная операция проводилась в тех ситуациях, когда проведение радикального вмешательства было не возможно в силу декомпенсации сопутствующей патологии (АГ – 12, ИБС – 9, СД – 5, другие – 6), при выраженной обструкции магистральных артерий (более 50%) (ОАНК – 9, ОАНК+ДАНК – 1), при имеющихся высоких операционных и анестезиологических рисках, а также при отказе пациента от радикального вмешательства. Среди них пациентов с ВБНК было 8, с ПТФС – 6. В 6 случаях ЛД проводился в сочетании с флебэктомией (1 пациент, ВБНК+ОАНК, АГ, ИБС) или с минифлебэктомией (5 пациентов: 2 ВБНК, 3 ПТФС; 4 ОАНК, 1 ДАНК; АГ – 5, ИБС – 3, СД – 1) – в качестве первого этапа, с проведением в дальнейшем пластического закрытия ТЯ. В 2 случаях (4,6%) (1 ВБНК, 1 ПТФС; у обоих – ОАНК; АГ – 1, ИБС – 1, ХОБЛ – 1) ЛД дополнялся склеротерапией варикозно-расширенных вен в зоне ТЯ, что значительно уменьшало срок послеоперационной госпитализации и реабилитации пациентов, а также снижало риск развития послеоперационных осложнений, возможных при проведении минифлебэктомии варикозных вен в зоне трофических нарушений. Однако, данный вариант лечения выполнялся лишь на платной основе, в связи с чем, не каждый пациент, которому предлагалось данное вмешательство, соглашался. Минифлебэктомия варикозно-расширенных вен и/или надфасциальная перевязка несостоятельных перфорантов была выполнена 6 (14%) пациентам (ВБНК – 3, ПТФС – 3; ОАНК – 5, ДАНК – 1; АГ – 6, ИБС – 3, СД – 1). Во всех случаях операция расценивалась как паллиативная, направленная на ликвидацию симптомов ХЗВ и удлинение безрецидивного периода.

**Выводы.** Действия врачей, занимающихся лечением трофических язв нижних конечностей, сочетающих в себе венозную и артериальную патологию, должны быть направлены на индивидуализацию лечения пациентов, учитывая возраст пациента, имеющуюся сопутствующую патологию и социальное положение, для достижения максимально возможного эффекта лечения и пролонгирования полученного результата.

#### **Литература:**

1. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program / E. Rabe [et al.] // *Int. Angiol.* – 2012. – Vol. 31, N 2. – P. 105–115. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22466974>
2. Lal, B.K. Venous ulcers of the lower extremity: Definition, epidemiology, and economic and social burdens / B. K. Lal // *Semin Vasc. Surg.* – 2015. – Vol. 28, N 1. – P. 3–5. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2015.05.002
3. Kornelia, B. Das venöse Ulcus cruris / B. Kornelia // *Wiener Medizinische Wochenschrift* – 2016. – Vol. 166, Is. 9–10. – P. 287–292.

4. Etiology of chronic leg ulcers in 31,619 patients in Germany analyzed by an expert survey / A. Körber [et al.] // J. Dtsch. Dermatol. Ges. – 2011. – Vol. 9, N 2. – P. 116–21. doi: 10.1111/j.1610-0387.2010.07535.x

5. Thomas, D.R. Managing venous stasis disease and ulcers / D.R. Thomas // Clin. Geriatr. Med. – 2013. – Vol. 29, N 2. – P. 415–24. doi: 10.1016/j.cger.2013.01.006

6. Prevalence of leg ulceration in a London population / C.J. Moffatt [et al.] // QJM. – 2004. – Vol. 97, N 7. – P. 431–37.

**УДК 616.37-006-089**

## **АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Соболь В.Н., Луд Н.Г., Кожар В.Л.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** В структуре онкологических заболеваний в Республике Беларусь рак поджелудочной железы (РПЖ) в 2017 году составил среди мужчин – 13,8 и среди женщин – 10,4 на 100 000 населения, при этом прирост показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями поджелудочной железы за 2008 -2017 годы составил 29% [1]. По прогнозам, базирующимся на демографических и ежегодных процентных изменениях показателей заболеваемости и смертности, к 2030 году РПЖ будет второй ведущей причиной смерти от онкопатологии в США [2].

Таким образом, общий прогноз при РПЖ остается неутешительным, что свидетельствует о необходимости совершенствования методов диагностики заболевания на более ранних стадиях развития и использования наиболее эффективной тактики лечения.

**Цель.** Оценить непосредственные и отдаленные результаты радикальных хирургических вмешательств у пациентов при раке головки поджелудочной железы.

**Материал и методы исследования.** Промежуточному анализу с интервалом в один год подвергнуты результаты радикальных хирургических вмешательств при раке головки поджелудочной железы у 82 пациентов, оперированных в 2011-2015 г.г. Средний возраст пациентов составил 56 лет и варьировал от 34 до 78 лет. У 14 из 82 пациентов имелась I, у 60– II и у 8– III стадия заболевания. При морфологическом исследовании у 73 пациентов выявлена аденокарцинома БДУ, у 4-х – светлоклеточная карцинома, у 3-х – нейроэндокринная карцинома и у 2-х – цистаденокарцинома. У 10 пациентов наблюдалась высокодифференцированная опухоль, у 44– средняя степень, у 19 низкая степень, у 4– недифференцированные карциномы и у 5 степень дифференцировки не была констатирована.

Для оценки результатов лечения вычисления проводились от даты радикального вмешательства с применением экстенсивного показателя. Датой завершения очередного исследования считали 1 ноября 2019 года. Анализы данных выполнялись с использованием программного комплекса Statistica(10.0).

**Результаты и обсуждение.** Согласно данным канцер-регистра в период за 2011–2015 годы в Витебской области зарегистрировано 400 вновь выявленных случаев рака головки поджелудочной железы, из них 82 (20,5%) пациента были радикально оперированы: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) была произведена у 73, в том числе комбинированная – у 2, пилоросохраняющая – у 4 и лапароскопическая – у одного пациента; панкреатэктомия выполнена у 9, из них комбинированная – у 2 пациентов. В 5 случаях предварительно выполнялись вмешательства по устранению желтухи.

На 17 октября 2019 года из 82 пациентов, перенесших радикальные оперативные вмешательства на поджелудочной железе, умерли 71 (86,59%), в том числе в сроки до 30